ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE

ANNÉE 1949 N° 4

ESTHÉTIQUE DE L'OREILLE DU CHIEN

THÈSE

pour le Doctorat Vétérinaire

(Diplôme d'État)

présentée et soutenue publiquement en janvier 1949

DEVANT LA

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE

PAR

JEAN CEYRAT

né le 1er janvier 1920 à Beaumont (Corrèze)

Président : M. LAZORTHES, *Professeur à la Faculté de Médecine*

Assesseurs : M. PONS, *Directeur de l'École Vétérinaire*

M. FLORENTIN, *Professeur à l'École Vétérinaire*

LIMOGES
IMPRIMERIE A. BONTEMPS

1949

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548925_0074

ESTHÉTIQUE
DE L'OREILLE DU CHIEN

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE

ANNÉE 1949 — N° 4

ESTHÉTIQUE
DE
L'OREILLE DU CHIEN

THÈSE

pour le Doctorat Vétérinaire

(Diplôme d'État)

présentée et soutenue publiquement en janvier 1949

DEVANT LA

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE

PAR

JEAN CEYRAT

né le 1er janvier 1920 à Beaumont (Corrèze)

Président : M. LAZORTHES, *Professeur à la Faculté de Médecine*

Assesseurs : M. PONS, *Directeur de l'École Vétérinaire*

M. FLORENTIN, *Professeur à l'École Vétérinaire*

LIMOGES
IMPRIMERIE A. BONTEMPS

1949

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE

PERSONNEL ENSEIGNANT

	MM.
Directeurs honoraires	CUILLÉ.
	MARTIN.
Professeur honoraire	LECLAINCHE.
Directeur	PONS.

PROFESSEURS

Chimie et Pharmacie	GODFRAIN.
Anatomie	FLORENTIN.
Physiologie	BRUNAUD.
Anatomie Pathologique. Inspection des Viandes	LOMBARD.
Parasitologie	BRIZARD.
Médecine	DARRASPEN.
Chirurgie	LASSERRE.
Pathologie du Bétail	BERTHELON.
Maladies Microbiennes	SAURAT.
Zootechnie	PONS.

AGRÉGÉS

Anatomie	BENOIT.
Médecine	FLORIO.
Chirurgie	PUGET.
Zootechnie	LADRAT.

CHEF DE TRAVAUX

Pathologie du Bétail	TOURNUT.

ASSISTANTS

Pathologie du Bétail et Maladies Microbiennes	LAUTIE.
Médecine et Parasitologie	EMANGEARD.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Pisciculture et maladies des poissons	SECONDAT.

La Faculté et l'École déclarent n'être pas responsables des opinions émises par les candidats (Délibération de la Faculté en date du 10 mai 1891, et du Conseil de l'École en date du 23 juin 1924).

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Humble témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MON ÉPOUSE
ET A MA PETITE FILLE COLETTE

Avec toute ma tendresse.

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

Très affectueusement.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAZORTHES

de la Faculté de Médecine de Toulouse

Pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE DIRECTEUR PONS

de l'École Nationale Vétérinaire de Toulouse
Chevalier de la Légion d'honneur

Témoignage de notre vive et respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FLORENTIN

Pour l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé.
Hommage respectueux

A MONSIEUR LADRAT

Chef de Travaux Agrégé
de l'École Nationale Vétérinaire de Toulouse

A qui nous exprimons nos remerciements pour les conseils et l'aide qu'il nous a apportés dans l'élaboration de ce travail.

A TOUS NOS MAITRES
DE L'ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE
DE TOULOUSE

INTRODUCTION

Au cours des cliniques de chirurgie et de zootechnie, nous avons maintes fois assisté à l'opération de l'ototomie et nous remarquions l'intérêt sans cesse renouvelé que portaient nos camarades à la connaissance de la technique de l'amputation de l'oreille.

Malgré celà, peu d'entre nous à leur sortie de l'école étaient capables de pratiquer cette opération. La diversité des races canines chez lesquelles se pratique l'ototomie, la mode, la nécessité de se tenir dans les limites du standard rendent cette opération très délicate. C'est ainsi que lors des expositions canines auxquelles nous avons assisté, nous n'avons que rarement observé des coupes correctes de l'oreille mettant en relief l'esthétique de la tête, et, il n'est pas exceptionnel de voir des animaux déclassés bien que présentant une conformation en tous points excellente.

La question nous a vivement intéressé et nous croyons nous rendre utile à la profession en apportant quelques précisions pratiques à ce problème.

RAPPELS ANATOMIQUES SUR L'OREILLE EXTERNE

L'oreille est située sur la partie latérale et supérieure de la tête, en dehors de la région crânio-frontale, au-dessus de la région parotidienne en avant de la nuque. Elle a pour base le cartilage conchinien, dit aussi cartilage auriculaire ou cartilage du pavillon ; il est essentiellement constitué par du tissu cartilagineux élastique relativement mince, il forme vers la pointe du pavillon une lamelle très peu épaisse, parfois il manque complètement, de sorte que la pointe de l'oreille n'est constituée que par la peau. Ce pavillon, suivant les races, présente des aspects différents.

Planté haut, complètement dressé chez le Berger allemand, le Malinois, le Groenendael, le Chow-chow, le Boule français, le Samoyède, le Loulou de Poméranie, le Laïka, le Cairn-terrier, le Scotch-terrier, le Toy-terrier.

Semi-tombant. Berger de Beauce et de Brie, les Lévriers, le Fox, le Boule anglais, le Boxer allemand, le Kerry blue, le Collie, le Griffon belge.

Planté bas et tombant de chaque côté de la tête chez les Cockers, les Braques, les Épagneuls, les Setters, les Bassets, les chiens de montagne, les Pékinois, les Caniches.

La dimension varie également dans de grandes proportions aussi bien sur les races à pavillon dressé que sur les races à pavillon tombant.

Pavillon dressé { très grand chez le Berger hollandais. / petit chez le Chow-chow.

Pavillon tombant { très grand chez le Cocker. / petit chez le Carlin.

L'épaisseur du cartilage, la longueur des poils qui le recouvrent concourent à donner encore au pavillon de l'oreille des aspects très variés.

Nous allons décrire le pavillon de l'oreille du chien en prenant pour type le pavillon dressé à l'état de repos.

L'on considère comme état de repos de l'oreille la position dans laquelle la face convexe est tournée vers le crâne et la face concave regarde en dehors, de sorte que l'un des bords du pavillon devient oral et l'autre aboral.

La plus grande partie du pavillon est libre, la partie basilaire seule est en connexion avec le crâne et les muscles qui la recouvrent à l'endroit où le pavillon est appliqué contre le crâne ; la face convexe se replie sous un angle presque droit en dehors en décrivant une courbe et arrive au maximum de son bombement. Cette partie est désignée sous le nom de base ou saillie de la conque ; à l'intérieur une fosse profonde la conque répond à la base ; la saillie de la conque est séparée du reste de la face intérieure du pavillon : en dehors par un sillon transversal, à l'intérieur par une saillie entourée et une crête transversale cartilagineuse qui correspond à l'anthélix et en dessous de laquelle se trouve une deuxième crête analogue.

Vers la base et en dehors, la conque se rétrécit et se termine par le tube de la conque.

A l'extrémité basilaire du tube de la conque est placé le bout libre d'un deuxième cartilage qui dépasse en bas le tube et dont le bord basilaire est planté sur le bord de la partie osseuse du conduit auditif externe.

Ce conduit cartilagineux est formé par le cartilage annulaire ou cuirasse. La partie cartilagineuse du conduit auditif externe, très longue, est donc formée par le tube de la conque et par le cartilage annulaire. La partie osseuse du conduit est beaucoup plus courte et assez large pour laisser voir à travers elle presque toute la cavité du tympan, elle est dirigée en dedans et du côté oral.

Dans la fosse temporale, en avant du cartilage conchinien, se trouve le cartilage scutiforme, irrégulier, allongé : son bord oral interne est fortement recourbé, l'angle aboral fortement ouvert.

MUSCLES

Ils sont divisés en deux groupes :

Muscles extrinsèques.

Muscles intrinsèques.

Les muscles extrinsèques ont pour objet de faire mouvoir le pavillon, les mouvements sont facilités par un coussinet adipeux, placé entre les insertions musculaires à la base de l'oreille et autour du conduit auditif externe : ces masses adipeuses existent même chez les sujets amaigris.

Parmi les muscles, nous trouvons :

a) Le muscle inter-scutellaire : muscle impair, mince et large, dont les fibres s'insèrent sur les deux cartilages scutiformes ; il est confondu en avant avec le fronto-scutellaire, en arrière avec le clavico-auriculaire superficiel et l'occipital qu'il recouvre ainsi que le muscle temporal ;

b) Le muscle fronto-scutellaire. Il s'insère sur l'apophyse zygomatique et sur le ligament orbitaire, il se dirige en s'élargissant vers le cartilage scutiforme où une partie des fibres se termine et l'autre va sur l'aponévrose épicranienne.

Ces deux muscles fixent le cartilage scutiforme et relèvent le pavillon.

c) Le muscle scuto-auriculaire externe : présente trois faisceaux qui s'étendent du cartilage scutiforme au cartilage conchinien ; c'est un adducteur ; il porte l'ouverture du pavillon en avant ;

d) Le muscle parotido-auriculaire. C'est un long muscle qui passe en devant des glandes parotides et sous maxillaire.

Il s'insère sur le cartilage conchinien, et s'étend presque jusqu'à la ligne médiane du cou où il se confond avec le peaucier. Il est en rapport par sa face profonde avec la veine jugulaire externe.

C'est un abaisseur du pavillon qu'il recouvre.

Il est innervé par le cervical transverse ;

e) Muscle cervico-auriculaire.

Il comporte trois faisceaux qui partent de la ligne médiane de la nuque et de l'apophyse interpariétale et qui viennent s'insérer sur les cartilages : scutiforme, conchinien, annulaire, qu'ils contournent.

Ils sont innervés par l'auriculaire postérieur.

Ce sont des abducteurs et dirigent l'ouverture de l'oreille en dehors ;

f) Muscle temporo-auriculaire supérieur.

S'insère sur la crête pariétale et en partie sur l'apophyse interpariétale, il donne deux branches dont l'une va au cartilage scutiforme et l'autre sur la face connexe du pavillon.

Il est recouvert par le cervico-auriculaire profond. Ce muscle est innervé par le nerf auriculaire postérieur ; il a pour rôle de diriger le pavillon en dehors et un peu en arrière ;

g) Le muscle scuto-auriculaire externe.

Il prend son origine à la face interne du cartilage

scutiforme, se dirige d'avant en arrière vers la base de l'oreille qu'il entoure du côté interne et en arrière, il se termine sur le cartilage annulaire du pavillon. Il est en rapport avec les branches de l'artère et du nerf auriculaire postérieur et avec l'artère temporale superficielle.

Il est un muscle rotateur, il attire en arrière l'ouverture du pavillon.

MUSCLES INTRINSÈQUES

a) Le transverse. — Très développé chez le chien, il est formé de deux portions bien distinctes : l'une orale, la plus importante, est située au milieu de la face connexe de la conque, l'autre, aborale, est constituée par un faisceau long et mince, large à la base de la conque. Son rôle consiste à élargir l'entrée du pavillon ;

b) Le muscle de l'hélix : descend à la face interne du tragus et se termine sur le bord ventral de la face interne de celui-ci ;

c) Le muscle du tragus : situé le long de la face externe de l'antitragus, il s'insère au tube de la conque.

d) Le muscle externe du tragus : prend naissance sur le bord ventral du tragus entre le cartilage annulaire et le muscle temporal : il descend vers la portion aborale et l'arcade zygomatique pour s'insérer sur le bord aboral de la mandibule ;

e) Le muscle de l'antitragus : très court, assez large et fort, il s'attache d'une part au bord libre et à la face interne du tragus, d'autre part, à l'antitragus.

VAISSEAUX

Les artères

a) Artère occipitale, dont une ramification va dans les muscles cervico-auriculaires et s'anastomose avec l'artère auriculaire postérieure ;

b) Artère auriculaire postérieure. Vient de l'artère maxillaire interne, qu'elle abandonne avant d'arriver au trou ptérygoïdien, elle monte sur l'oreille le long du digastrique, recouverte par la parotide, se dirige vers la face dorsale et se termine dans ce muscle temporal en s'anastomosant avec l'artère temporale ; elle donne une branche auriculaire qui va au muscle scuto-auriculaire et au cartilage du pavillon. Pendant son parcours, elle se ramifie dans les muscles cervico-auriculaires, le frontoscutellaire et le pavillon ; elle est accompagnée par le nerf auriculaire postérieur ;

c) Artère auriculaire antérieure. C'est une branche de l'artère temporale superficielle. Elle se distribue à la partie antérieure et interne du pavillon, ainsi qu'aux muscles qui y sont situés.

VEINES

a) Veines auriculaires antérieures qui reçoivent le sang de la région desservie par l'artère auriculaire antérieure ;

b) Grande veine auriculaire (auriculaire postérieure) qui accompagne l'artère du même nom.

NERFS

L'oreille est innervée par des branches du :

Trijumeau ;

Facial ;

Pneumogastique ;

Et des premières paires cervicales.

TRIJUMEAU

De la troisième branche du trijumeau ou maxillaire inférieur, partent des branches collatérales.

Elle donne naissance au nerf auriculo-temporal ou temporal superficiel. Il se porte en dedans de l'articulation temporo-maxillaire vers la face externe de la racine de l'arcade zygomatique et s'y divise en deux branches :

Une branche auriculaire ;

Une branche temporale.

La première, ou branche auriculaire, se porte vers l'arcade zygomatique et elle seule intéresse l'oreille externe.

Vers la base de l'oreille, elle donne trois ou quatre branches terminales et se distribue à la peau en s'anastomosant avec le nerf auriculaire antérieur.

Une des branches terminales, la plus antérieure passe en avant du tragus, puis suit un trajet ascendant à la surface des petits et grands muscles de l'hélix et le long du pli tragohélicien, enfin passe au bord antérieur de la crête de l'hélix.

A partir de ce point, cette branche se distribue au pavillon, suit un trajet approximativement parallèle à 1 centimètre environ du bord antérieur de l'oreille,

elle atteint ainsi la limite extrême de faible mobilité de la peau de l'oreille.

Les autres branches postérieures (deux ou trois) par des terminaisons très fines et nombreuses innervent le tragus et les muscles voisins. Le nerf temporal superficiel donne en outre des branches destinées à la parotide et à la peau du conduit auditif externe ainsi qu'à la couche cutanée de la membrane du tympan. Le nerf du conduit auditif externe passe par l'espace de jonction du cartilage conchinien avec le cartilage annulaire.

FACIAL

Le facial à la sortie du trou stylomastoïdien passe entre le cartilage conchinien et le ligament postérieur de l'oreille, contourne celle-ci sous la parotide et se dirige vers le bord du maxillaire inférieur.

Dans ce trajet, il envoie deux nerfs à l'oreille ; le nerf auriculaire postérieur monte vers l'oreille suivant une ligne se situant au tiers extérieur et en rapport avec le scuto-auriculaire interne du pavillon sous le sterno mastoïdine ; il se divise en plusieurs branches qui innervent les muscles postérieurs de l'oreille, il s'anastomose d'autre part avec le nerf cervical occipital.

Le nerf auriculaire interne naît avec le précédent dans le trou stylomastoïdien, il traverse la parotide et pénètre dans la conque par un orifice du conduit auditif externe.

Le point de pénétration du nerf dans l'intérieur du pavillon se trouve au bord de l'échancrure séparant l'apophyse de la conque, de la portion supérieure de l'apophyse antérieure. Puis il se distribue à l'intérieur de la conque et en particulier à la crête postérieure qu'il longe jusqu'au niveau de l'antitragus sous la forme d'un filet nerveux nacré, facilement isolé, très blanc, tranchant sous les tissus hypodermiques et

dermiques grisâtres. Au-dessus de l'antitragus d'aspect terne, il suit le pli moyen à 1 centimètre du bord postérieur de l'oreille.

Il se distribue au pavillon et atteint la limite supérieure de la région de faible mobilité de la peau.

Le facial, avant d'arriver au bord du maxillaire, donne naissance à une branche dorsale terminale ; au nerf zygomato-temporal qui va sous la parotide vers l'arcade zygomatique où il se divise en un rameau temporal et un rameau zygomatique.

Le rameau temporal recouvert par le scuto-auriculaire se divise en cinq ou six branches qui s'épanouissent en éventail ; les branches dirigées vers l'oreille forment le nerf auriculaire antérieur ; qui va à la parotide, au muscle du tragus, au temporo-auriculaire, et au scuto-auriculaire.

Le rameau zygomatique envoie des anastomoses au rameau temporal, au lacrymal, au frontal de façon à former le plexus auriculaire antérieur.

Le rameau zygomatique innerve le zygomato-auriculaire et le temporal auriculaire.

Le parotido-auriculaire est innervé par le cervical transverse supérieur.

Donc en résumé, le facial fournit :

Le nerf auriculaire postérieur ;

L'auriculaire interne ;

Le zygomato-temporal,

dont le rameau temporal forme le nerf auriculaire antérieur, et dont le rameau zygomatique concourt à former le plexus auriculaire antérieur et envoie des branches vers les muscles et l'oreille.

PNEUMOGASTRIQUE

La branche auriculaire du vague, née du ganglion jugulaire, traverse supérieurement la bulle tympanique vers le rocher où elle pénètre pour rejoindre le facial, dans l'aqueduc de Fallope à son premier coude ; elle échange quelques fibres avec le facial puis sort avec lui par le trou stylo-mastoïdien. Son trajet devient alors oblique en avant et en haut par dessus le conduit auditif externe, puis entre le crotaphite et le cartilage conchinien ; elle pénètre à l'intérieur de la conque dans la partie moyenne et donne des filets à la peau de la moitié supérieure de la face interne du pavillon.

NERFS CERVICAUX

Ils donnent :

Nerf grand auriculaire ;

Branches dorsales des premières et deuxièmes paires cervicales.

Le nerf grand auriculaire, branche ventrale de la deuxième paire cervicale, émerge entre le sterno-mastoïdien et le sternocleido-mastoïdien. Il rampe sur le sterno-mastoïdien et va vers la partie supérieure de l'oreille où il se distribue dans la peau du pavillon.

Il s'anastomose avec les branches dorsales des muscles et deuxièmes paires cervicales, avec l'auriculaire postérieur, avec le cervical transverse supérieur.

Ces nerfs innervent d'autre part la face intérieure ainsi que la peau du pavillon.

Les branches dorsales innervent les muscles postérieurs de l'oreille.

L'innervation de l'oreille est très complexe. Les nerfs moteurs sont : les Rameaux du facial et deux premières paires cervicales.

Le facial innerve les muscles intrinsèques et les muscles extrinsèques.

Les branches dorsales des deux premières paires cervicales innervent les muscles postérieurs.

Les nerfs sensitifs sont : trijumeau, facial, pneumogastrique et premières paires cervicales.

La peau de la face intérieure de l'oreille comprend trois étages sensitifs :

1er étage : Niveau conduit auditif externe.
Innervation par le V (trijumeau) qui va encore dans le tragus à la partie antérieure du pavillon.

2e étage : Conque innervée par le VII dans la partie postérieure.

3e étage : Au-dessus de la conque innervée par le rameau auriculaire du pneumogastrique.

PEAU

La peau revêt les deux faces du pavillon et tapisse toute l'étendue du conduit auditif externe. Sur la face externe, son adhérence au cartilage croît à mesure qu'on s'approche de la pointe de l'oreille. Du point de vue de la mobilité, on distingue trois zones.

La première zone ou centrale, à mobilité maximum, est de forme triangulaire, elle représente les deux tiers de la surface ; elle est limitée inférieurement par le sillon céphalo-auriculaire, en avant par une ligne oblique allant de l'extrémité du bord antérieur du pavillon aux deux tiers supérieurs de la génératrice médiane, en arrière enfin par une ligne qui part du même point et allant à la limite supérieure du lobule.

La deuxième zone, ou de mobilité moyenne de la peau, moins grande, forme une étroite bande d'environ 1 centimètre de large, bordée supérieurement par la zone centrale.

Une troisième zone où la peau adhère au cartilage, elle occupe la région de la pointe de l'oreille et représente un V occupant l'angle de l'oreille et se prolongeant en pointe sur chaque bord.

Sur la face intérieure du pavillon, la peau adhère intimement au cartilage.

L'OTOTOMIE

L'auriculectomie ou tectomie, ou amputation des oreilles s'effectue pour certaines races de chiens bien déterminées : c'est ainsi qu'elle est pratiquée chez le Briard, le Beauceron, le Bouvier de Roulers, le Bouvier des Flandres, le Berger des Pyrénées, le Daubermann, le Schnauzer, le Boxer, le Dogue de Bordeaux, le Danois, le Griffon Bruxellois, le Petit Brabançon.

Age auquel se pratique l'opération

Cette opération se fait en général avant trois mois, ou à partir du 5e mois, car dans cette période comprise entre le 3e et le 5e mois beaucoup de chiens portent mal les oreilles ; ces dernières subissent par moment des affaissements. De plus cette époque correspond à l'irruption des dents adultes ; on pourrait penser qu'il existe un rapport entre la chute des oreilles et la poussée des dents.

L'étiologie de cette cassure du cartilage conchinien n'est pas connue. On est réduit à faire des hypothèses.

Est-ce là une question d'innervation ?

Ou alors de métabolisme... de manque de fixation de sels sur le cartilage ? l'une comme l'autre étant sous l'influence dentaire.

Nous pensons surtout à la deuxième hypothèse, aussi pendant cette période, en attendant le 5e mois, nous ferons de la vitaminothérapie et de la calcithérapie, ce qui donnera un redressement du pavillon, facilitera l'opération et assurera sa réussite.

L'âge préférable et à recommander est 2 mois, car plus tard l'opération est plus sanglante, la plaie étant grande, il se forme souvent des faux plis de cicatrisation très difficiles à réduire ; en particulier chez les Dogues de Bordeaux et le Danois, qui ont un pavillon très épais.

Anesthésie

Une anesthésie de base est nécessaire car l'intervention est très douloureuse. Elle doit toujours être pratiquée par souci d'humanité et pour éviter à l'opérateur des mouvements désordonnés du patient.

Cette anesthésie sera faite dix minutes avant l'opération par deux injections pour chaque oreille d'une solution de novocaïne à 2 % à raison de 1/2 à 1 cc. par injection, suivant l'âge et la taille du sujet.

La première injection sera faite à la base de l'oreille près de son angle frontal, la seconde à la partie la plus inférieure au-dessous de l'oreillon.

Cette anesthésie locale sera complétée par une injection d'atropine-morphine, aux doses préconisées par Dastre et Morat. La solution anesthésique et parasympathicolytique de ces auteurs contient :

1 milligramme, 5 de morphine par kg.
et 0 milligramme, 10 d'atropine par kg.

Assujetissement

Le sujet est couché en decubitus latéral, muselé et solidement entravé sur la table d'opération.

Opération

1. — *Amputation aux ciseaux*

La longueur de l'oreille est délimitée par une petite incision sur les bords antérieurs rapprochés. L'extrémité d'une oreille est tenue de la main gauche.

Les ciseaux (ciseaux de chapelier qui développent une grande force) sont tenus de la main droite ; la convexité en dessus ou en dessous, suivant le type présenté.

La section est pratiquée de bas en haut.

L'autre oreille est opérée dans les mêmes conditions.

L'opérateur affronte ensuite les deux lambeaux d'oreilles sectionnées pour vérifier l'égalité de la coupe, afin de retoucher au besoin d'un coup de ciseaux rapide.

Cette méthode est très délicate et demande pour être bien conduite de la sûreté de main ; il est cependant utile de s'y entraîner car l'opérateur pourra sculpter l'oreille à son gré mieux qu'avec des pièces limitatives. L'opérateur devra prendre une précaution très grande en tenant l'oreille, il ne faudra pas qu'il tire trop fort pour tendre le cartilage, afin de mieux le couper, car à ce moment-là la peau qui est très peu adhérente

glissera et une fois la section finie la peau supérieure du cartilage aura sur ce dernier une ligne de section en retrait de quelques millimètres, voir même 1/2 centimètre. Ceci obligerait donc l'opérateur à enlever une nouvelle portion.

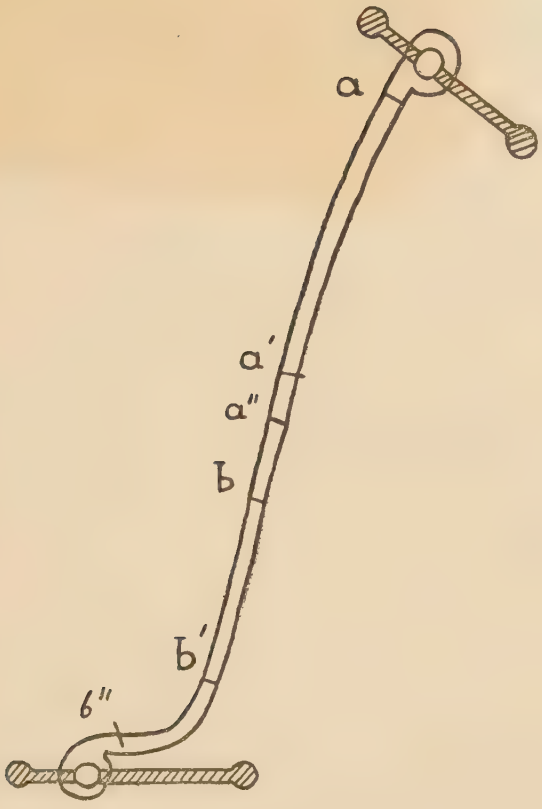
La plaie sera nettoyée à l'éther, au besoin tamponnée avec une solution concentrée d'antipyrine.

L'hémostase pourrait être pratiquée par l'électro-coagulation, procédé rapide qui assure une perte de sang moins grande, qui évite d'autre part de faire un pansement, et surtout la formation de brides cicatricielles.

A l'heure actuelle, malheureusement, beaucoup de praticiens ne peuvent employer l'électro-coagulation, aussi un pansement est nécessaire. Ce pansement sera maintenu vingt-quatre heures, les oreilles couchées sur le dessus de la tête, séparées entre elles et recouvertes par une gaze stérile, le tout maintenu en place par une bande de crèpe.

2. *Amputation à l'aide de pince limitative*

Le procédé précédent demandait une grande habileté et sûreté de main, qualités qui s'acquièrent en grande partie par la pratique ; aussi l'ototomie était-elle une opération que bon nombre de praticiens hésitaient à faire. Pour remédier à celà, le Dr Y. Pincemin présenta un modèle de pince limitative conçu d'après des règles scientifiques et pratiques les plus rigoureuses.



Pince.

Technique pour l'amputation

Tous les chiens ne doivent pas avoir les oreilles taillées de la même façon : un beauceron par exemple ne peut rationnellement porter ses oreilles comme un boxer doit porter les siennes, et ceci du fait que nous avons deux chiens de type tout à fait opposé.

Le beauceron, en effet, est de type convexiligue, analogue à celui du berger allemand, représenté par la figure 1.

Fig. 1.

Port de tête et d'oreille convexe.

Fig. 3.

Port de tête et d'oreille ultra convexe.

Le boxer au contraire est de type concaviligne, analogue à celui du dogue allemand, représenté par la figure 2.

La comparaison de ces deux schémas montre parfaitement la différence de port de ces oreilles.

Le schéma ultra convexiligne exige en effet l'oreille qui, selon l'expression des éleveurs de beaucerons, « pointe en avant » à tel point que chez le colley l'extrémité doit retomber en se cassant légèrement.

Il est évident qu'on peut observer un mauvais port d'oreille avec une tête bien typée (et ceci est le plus souvent dû à la coupe de l'oreille qui est mauvaise),

mais aussi un mauvais port de l'oreille avec une mauvaise tête, malgré une bonne coupe d'oreille.

Fig. 2. — Danois. Pointillé ultraconcaviligne.
Port de tête et d'oreille concaves.

Quoiqu'il en soit, le praticien devra toujours suivre la même ligne de conduite. Ou bien on lui présentera un sujet bien typé et l'amputation de l'oreille devra être rationnelle, ou bien on lui présentera un sujet dont il devra chercher à corriger les défauts de type en opérant une amputation convenable.

La pince limitative pourra servir à toutes les coupes d'oreilles sans exception. Mais elle sera fixée définitivement suivant qu'on aura affaire aux types de chiens suivants :

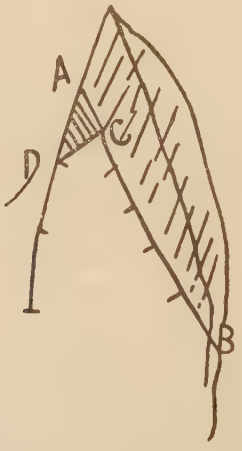
a) *Type convexiligne.* — Beauceron, berger des

Pyrénées, dobermann, bouviers des Flandres et de Roulers.

La partie de la pince, légèrement courbée, sera fixée sur l'oreille du point a au point b, la convexité regardant naturellement l'extérieur. Le bord de l'oreille ainsi sectionné devient régulièrement convexe comme l'exige le type du chien envisagé.

Talon de l'oreille. — Sans talon. — Chez le Beauceron (on peut cependant laisser un léger talon), les bouviers, le dobermann. Avec talon : berger des Pyrénées.

b) *Type rectiligne.* — Briard, Schnauzer : la pince sera fixée cette fois dans sa partie droite du point a' au point b', contribuant à donner à l'oreille le type rectiligne obligatoire.



Amputation de l'oreille du Briard.

L'amputation de l'oreille de Briard est un peu spéciale :

1. Fixation de la pince. La pince est fixée suivant

une ligne A. B. Le point A étant situé sur le bord antérieur du pavillon aux trois quarts de la hauteur, le point B se trouve à l'amorce de l'oreillon.

2. Amputation du lambeau.

3. Couper avec les ciseaux le pavillon suivant une ligne C. D., tel que A. C. égale 1/6 de A. B. et A. D. égale 1/3 du bord antérieur.

Chez le Briard on respectera le talon, alors qu'il sera coupé chez le Schmauzer.

c) *Type concaviligue.* — Dogue de Bordeaux, dogue allemand, boxer.

La pince sera fixée à l'oreille du point a'' au point b'', la concavité regardant l'extérieur. Le bord de l'oreille devient alors concave. Cette concavité sera d'autant plus accusée que le type du chien envisagé est plus accentué.

d) *Chez le griffon bruxellois et le petit brabançon.* — La coupe sera sensiblement la même et pourra être soit du type rectiligne ou du type concaviligne.

Nous avons vu la forme à donner au bord postérieur du pavillon, il reste à envisager quelle hauteur il faudra donner à l'oreille.

Pour un chien, le Briard, il y a des dimensions précises de standard à respecter, tandis que dans les autres races il y a de grandes fluctuations.

C'est ainsi que chez le boxer « la taille allemande » demandera des oreilles assez longues. A l'heure actuelle la mode veut que les oreilles soient coupées pointues et pas trop longues avec une coquille moyenne. Donc les oreilles seront coupées courtes pour renforcer

l'aspect massif de la tête. Chez le danois, elles seront laissées assez longues et taillées pointues.

Chez le schnauzer, pour conserver une tête assez forte, elles seront laissées ni trop effilées ni trop courtes. Chez le daubermann, on laissera des oreilles moyennes approximativement les deux tiers.

Aux bouviers, les oreilles seront sensiblement triangulaires, et seront laissées un peu plus longues chez le Roulers.

Chez le berger des Pyrénées, elles seront courtes.

Chez le griffon bruxellois et le brabançon, elles seront très pointues et de longueur moyenne.

Nous voyons donc qu'il n'y a pas de limites précises, l'opérateur devra donc couper suivant la tête du chien. C'est ainsi que certains sujets ont la tête plus ou moins longue ; à une tête longue correspondra une oreille longue à une tête courte une oreille moyenne.

En dehors de ces considérations, il faut penser que l'oreille une fois amputée ne devra pas présenter de cassure ; et qu'elle se tiendra dressée. Pour celà, à l'École Vétérinaire de Toulouse on repère le pli de cassure et l'on coupe en dehors de ce pli à 1 cm. 5 ; de cette façon le cartilage a toujours la force de se redresser.

Section

Elle peut être faite au bistouri en rasant au bord de la pince ; mais il est préférable de la faire aux ciseaux, qui laisseront un bon millimètre sur la pince, on peut alors appliquer le cautère tout le long de la section en brûlant jusqu'au ras des mors de la pince.

La pince est ensuite desserrée lentement.

Suture de la peau

L'amputation terminée après avoir employé l'une ou l'autre des méthodes, section sans la pince ou avec la pince, il y a avantage à suturer sur la ligne de section la peau de la face externe et la peau de la face interne de l'oreille par points séparés, en utilisant une soie n° 3, ainsi sont évitées les rétractions de la peau, et la plaie étant moins grande la cicatrisation s'opère plus rapidement.

Suites opératoires

La cicatrisation parfaite se fait rarement, aussi on est obligé d'intervenir. C'est ainsi que tous les huit jours après la section et ceci par trois fois, on tire fortement sur l'oreille pour détruire les faux plis formés ou qui se forment. Il faut une ligne de section pure.

Pour effectuer ces tractions on saisit la base de l'oreille entre le pouce et l'index (pouce à l'intérieur), avec l'autre main on tire en écartant sur le bord de la section.

On conçoit ainsi le rôle inutile et même néfaste des applications d'huile de foie de morue ; elle active la cicatrisation et accélère les formations des faux plis.

Si les croûtes sont très importantes, on peut appliquer de l'huile ordinaire ou de la vaseline.

Si les oreilles se relèvent mal on peut faire de la calcithérapie, de la vitaminothérapie et pour provoquer le dépôt de sels dans le cartilage on fait des massages à l'alcool camphré sur la face interne de l'oreille, mais ceci seulement après cicatrisation totale.

Accidents opératoires

Cette opération qui paraît être simple, quelques fois n'est pas sans danger pour l'animal. L'hémorragie qui peut en résulter n'est pas très grave, il faut tout de même en être averti car elle se produit souvent sur les chiens âgés, enfin avec une solution d'antipyrine concentrée ou par pincement des vaisseaux, par cautérisation ou par ligature des artères qui donnent, on arrive rapidement à bien. Mais il est un accident bien plus grave qui peut arriver : c'est la syncope cardiaque qui peut survenir pendant l'opération ou immédiatement après celle-ci.

Recherche des causes de la syncope

On pourrait être tenté d'incriminer l'anesthésique, des accidents ayant été observés sur des chiots qui avaient reçu en injection sous-cutanée, le mélange morphine-atropine de Dastre et Morat à la dose de 1 milligramme et demi de chlorhydrate de morphine par kg. Aussi, à la clinique de l'École Vétérinaire de Toulouse, d'autres anesthésiques ont été essayés, la proportion des accidents étant restée sensiblement la même, et des cas de syncope ayant été observés sur des chiens opérés sans anesthésie, on a pensé à une action réflexe, similaire au réflexe otocardiaque chez le cheval que l'on peut déclancher par torsion du pavillon. D'après l'étude anatomique du début, nous remarquons que l'ototomie intéresse des fibres originaires de la X^{e} paire, or la section de ces fibres réalise une excitation brutale du vague capable d'entraîner

chez les animaux sains un ralentissement du rythme cardiaque et chez les sujets prédisposés l'inhibition du cœur.

Cette prédisposition tient à un déséquilibre, à une dystonie du système vagosympathique.

La dystonie peut être franche ou latente et se traduire par des troubles permanents ou paroxystiques. Dans l'immense majorité des cas, elle est latente et ne s'extériorise qu'à la faveur de causes occasionnelles telles que : une traversée en mer, un voyage en automobile, l'administration de substances parasympathicotoniques ou l'excitation directe du vague comme dans l'ototomie.

C'est pour ces raisons qu'à l'École Vétérinaire de Toulouse, chez les chiens présentés pour ototomie, on pratiquait l'exploration du réflexe oculo-cardiaque, car la pratique du réflexe otocardiaque s'avère très difficile, l'animal ayant tendance à se défendre malgré que l'on n'emploie pas de pinces pour serrer l'oreille, mais simplement en pressant entre le pouce et l'index la région du tragus.

Par cette exploration on rencontre le plus souvent des sujets normaux ou eutoniques, puis quelques sujets sympathicotoniques et vagotoniques. Ce sont ces derniers seuls qui présenteront au cours de l'ototomie des troubles cardiaques nets, bradycardie accusée avec bradysphygmie, mollesse et irrégularité du pouls allant quelques fois jusqu'à l'intermittence vraie et à l'arrêt définitif du cœur.

Particulièrement typiques sont les observations cédées par M. Ladrat.

OBSERVATION I

(11 septembre 1942)

Chien Schnauzer, 4 mois, à M. D..., Toulouse.
Poids : 9 kilos.
Réflexe oculo-cardiaque : 104 → 80.
Injection morphine : 1 centigramme.
Injection atropine : 1 milligramme.
Opération 1/2 heure après.
Pouls : ralentissement considérable, filant, imperceptible à la fémorale.
Cœur : irrégulier.
Injection de 10 cc. de sérum caféïné.

OBSERVATION II

(19 mai 1943)

« Luite », chienne 5 mois, à M. D..., Toulouse.
Origine : sœur du précédent.
Réflexe oculo-cardiaque : 94 → 48.
Pouls : diminue d'intensité, irrégulier. Émission d'urine.
27 mai, opération.
Morphine : 1 centigramme.
Atropine : 0,5.
Adrénaline au millième : 1 cc.
Opération 1/2 heure après, malgré cela, ralentissement et affaiblissement du pouls.

OBSERVATION III

(11 janvier 1945)

Chiot Schnauzer, à M. C..., Toulouse.
Age : 5 mois et demi.
Poids : 8 kilos.
R. O. C. :140 → 140.
Morphine : 1 centigramme.
Atropine : 1 milligramme.
Opération 40 minutes après. Rien à signaler.
Pouls : invariable dans sa fréquence. Légèrement plus faible. Vite redevenu normal. Douleur post-opératoire faible.
Origine : mère Gaudéannes.

Chiotte Schnauzer, sœur du précédent.
Poids : 7 kilos.
R. O. C. : 140 → 100.
Ralentissement subit et net.
Morphine : 1 centigramme.
Atropine : 1 milligramme.
Eau : 2 cc.
Opération 40 minutes après.
Hémorragie aigüe.
Pouls → 80 très faible, intermittent.
Douleur post-opératoire accusée.
Adrenaline 1 °/oo 1/2 cc.

OBSERVATION IV

(5 février 1944, chez M. Gil)

Chien à M. D. Danois 3 mois.

Rachitique.

R. O. C. : 127 → 78.

Respiration légèrement accélérée. Expiration prolongée.

Injection sous-cutanée :

Morphine : 10 milligrammes.

Atropine : 0,5.

Eau : 2 cc.

10 minutes après vomissement.

Injection immédiate de 1/2 cc. adrenaline au 1/1000.

Opération : arrêt du cœur. Artère auriculaire cesse de saigner. Injection de 0,05 de cafeïne. Cœur reprend lentement.

Deuxième oreille sans incident.

Vers le 10 mars : la section du corps clignotant déclanche une syncope.

Chien Danois, frère du précédent.

R. O. C. : 140 → 93.

Injection : atropine, morphine.

Pas d'accident.

De ces faits, on peut tirer les déductions pratiques suivantes :

1° L'exploration du réflexe oculo-cardiaque sera pratiqué et plusieurs jours même avant l'opération ;

2° En présence d'un sujet vagotonique, l'opérateur a le devoir d'avertir le propriétaire du danger que l'opération peut faire courir à son chien ;

3° L'opération d'un tel sujet devra être conduite de façon à pouvoir parer immédiatement à toute défaillance du cœur : le pouls sera constamment surveillé ; de plus il faudra tenir à la portée de la main une solution d'adrénaline au millième à utiliser à la dose de 1/2 à 2 cc., suivant la taille du chien, en injection sous-cutanée ou même en injection intraveineuse ou intracardiaque dans le cas de syncope brutale.

On pourrait aussi, à titre préventif, faire précéder l'intervention de l'administration d'un sympathico-mimétique ;

4° Il y aurait intérêt à éliminer de la reproduction, dans les races où l'amputation des oreilles est de règle, les géniteurs présentant une dystonie vaguale primitive ou essentielle.

CONCLUSION

L'étude des méthodes et de la technique opératoire nous amène ainsi à conseiller au praticien l'emploi de la pince limitative, qui lui permettra d'opérer en toute sécurité quelque soit le type d'animal envisagé, et d'obtenir sans retouche une coupe correcte.

L'anesthésie sera pratiquée après une exploration préalable du réflexe oculo-cardiaque qui renseignera sur la vagotomie du sujet, permettant ainsi de supprimer les risques de syncope.

Vu : *Le Directeur de l'Ecole Vétérinaire, rapporteur :*
P. Pons.

Vu : *Le Doyen,*
Calvet.

Vu : *Le Président de la Thèse :*
Lazorthes.

Vu et permis d'imprimer
Toulouse, le 15 décembre 1948.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Dottin.

BIBLIOGRAPHIE

CADIOT. — *Précis de chirurgie vétérinaire.* 5e édition. Vigot Frères.

DECHAMBRE. — *Le Chien.* Librairie agricole de la Maison Rustique, 1931.

HEUILLET. — *Tous les Chiens. Races et Standards.* Vigot, Paris.

RUFIN. — *Chirurgie esthétique du Chien.* Thèse Doctorat vétérinaire. Paris, 1934.

LAURENT. — *L'oreille et la queue du Chien. Extérieur Chirurgie esthétique.* Vigot Frères, 1936.

PONS. — *Cours magistral d'ethnopologie.* École Vétérinaire de Toulouse.

LEROUX. — *Chirurgie correctrice des oreilles et de la queue du Chien.* Thèse Doctorat vétérinaire. Alfort, 1947.

BENOIT. — *Recherches sur l'anatomie de l'oreille externe des carnivores domestiques.* Thèse de Doctorat vétérinaire. Toulouse, 1938.

MARCOTTI. — *Le Chien Dobermann.* Thèse de Doctorat vétérinaire. Toulouse, 1936.

PRUDHOMME. — *Du réflexe oto-cardiaque chez le chien. Accidents consécutifs à l'ototomie.*

PINCEMIN. — Pince pour coupes d'oreilles. *Recueil de Médecine vétérinaire.* Alfort, 1936.

FLORIO, LADRAT, BENOIT. — Ototomie et vagotomie. *Recueil de Médecine vétérinaire.* Toulouse, 1943.